

診療情報提供書

東京医科歯科大学病院
矯正歯科(咬合機能矯正学分野)

令和 年 月 日

ご紹介医療機関名

所在地

電話番号

FAX

殿

医師名

印

下記の患者さんを紹介いたします。

フリガナ	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生(歳)	男・女
患者氏名 殿			
紹介目的			
病名 (主 訴)			
現病歴・現症・所見・治療経過・その他特記事項			
添付資料 <input type="checkbox"/> 模型 <input type="checkbox"/> レントゲン写真 <input type="checkbox"/> 口腔内写真 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 顔貌写真			